

Distrito Escolar Conjunto Unión de Tulare

Paquete de Descuento Deportivo



El Distrito Escolar Conjunto Unión de Tulare se complace en informarle de que ofrecemos la comodidad de la inscripción deportiva en línea a través de nuestra empresa asociada, Home [Campus](https://www.homecampus.com/login) <https://www.homecampus.com/login>

Home Campus es una plataforma segura de registro que te ofrece una forma fácil y fácil de usar para inscribirte en deportes.

Cuando te registras a través de Home Campus, el sistema lleva un control de tu información en tu perfil de Home Campus, por lo que solo la introduces una vez durante la etapa de instituto de tu alumno. Cada año a partir de entonces, tu información se vuelve a repoblar para que no tengas que introducirla de nuevo.

CAMPUS PRINCIPAL

Regístrate para tu cuenta segura de Home Campus en <https://www.homecampus.com/login> introduciendo tu apellido, dirección de correo electrónico y contraseña (guarda tu contraseña). Recibirás un correo electrónico con un enlace para activar tu cuenta.

- 1) Visita <https://www.homecampus.com/login>
- 2) Crea una cuenta
- 3) Escribe Escuela y Confirma la dirección del centro
- 4) Año selecto
- 5) Añadir deportes - participar en varios deportes - Usar el botón Añadir nuevo deporte
- 6) Rellenar todos los campos requeridos - Haz clic en Enviar solicitud completada
- 7) Mensaje de confirmación - Tu autorización está lista para revisión por parte de tu colegio
- 8) Entrega tu dossier de autorización deportiva, incluyendo el reconocimiento médico firmado por el médico, el formulario de seguro, el consentimiento para pruebas de drogas y la copia de la tarjeta de seguro médico, a la enfermera escolar.

FORMA FÍSICA

Los exámenes deben ser realizados por un médico (no un quiropráctico) y son válidos durante un año después de la fecha de finalización.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DROGAS

Durante todo el año se realizarán pruebas aleatorias de drogas para todos los deportistas. Si estás tomando un medicamento con receta, por favor proporciona la documentación del médico al LVN del centro.

FORMULARIO DE REGISTRO DEPORTIVO Y SEGURO

Todos los posibles participantes deben completar este formulario, proporcionar prueba de seguro médico y tener la firma de un padre o tutor que autorice su participación en cualquier actividad o práctica. Por favor, asegúrate de que esto sea correcto y esté actualizado para el curso escolar actual.

PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES

Los estudiantes deben proporcionar una copia de su tarjeta de seguro médico o contratar un seguro médico a través de la escuela. Inicia sesión en <https://www.peinsurance.com>. Puedes inscribirte online e imprimir un comprobante de tu cobertura y adjuntarlo a este documento o imprimir el folleto, completar y llevar a tu coach para que lo envíe a la compañía de seguros junto con tu pago.

DISTRITO ESCOLAR DE SECUNDARIA TULARE UNION
Formulario de Registro de Actividades Deportivas y de
Clubes

Mi estudiante desea participar en los siguientes deportes o actividades

<input type="checkbox"/> Campo a través	<input type="checkbox"/> Fútbol bandera	<input type="checkbox"/> Fútbol	<input type="checkbox"/> Baloncesto	<input type="checkbox"/> Atletismo
<input type="checkbox"/> Béisbol	<input type="checkbox"/> Fútbol americano de placaje	<input type="checkbox"/> Tenis	<input type="checkbox"/> Voleibol	<input type="checkbox"/> Lucha libre
<input type="checkbox"/> Softbol	<input type="checkbox"/> Hockey	<input type="checkbox"/> Golf	<input type="checkbox"/> Animación	<input type="checkbox"/> Banda/Orquesta
<input type="checkbox"/> Bádminton	<input type="checkbox"/> Natación	<input type="checkbox"/> Waterpolo	<input type="checkbox"/> Equipo de entrenamiento	<input type="checkbox"/> Otros()

Todos los participantes potenciales deben completar estos materiales, presentar prueba de seguro médico y tener la firma de un padre o tutor que autorice su participación antes de participar en cualquier actividad o práctica.

Nombre del estudiante (por favor impresión)		Escuela		Fecha de nacimiento	Grad o
Dirección - Calle	Apropiad o.	Ciudad	Zip	Teléfono fijo	

DERECHO CALIFORNIANO

El Código de Educación de California (Secciones 32221-32224 y 49470-49474) exige que cada miembro de un equipo deportivo tenga cobertura de seguro para gastos médicos y hospitalarios por una cantidad mínima de 1.500 dólares mientras entrene o participe en actividades deportivas bajo la jurisdicción de un distrito escolar público. "Miembro de un equipo deportivo" significa miembro de cualquier equipo deportivo extramuros que participe en eventos deportivos dentro o fuera del recinto escolar, mantenido o patrocinado por la institución educativa o una organización estudiantil de la misma. "Miembro de un equipo deportivo" también incluye a miembros de bandas u orquestas escolares, animadoras y sus asistentes, chicas pompon, directores de equipos y sus asistentes, y cualquier estudiante o alumno seleccionado por el colegio u organización estudiantil para ayudar directamente en la realización del evento deportivo, incluidas las actividades relacionadas, pero solo mientras dichos miembros sean transportados por o bajo el patrocinio o los arreglos de la institución educativa o de una organización estudiantil de la misma hacia o desde una escuela u otro lugar de instrucción y el lugar donde se celebra el evento deportivo.

Según la ley estatal, los distritos escolares están obligados a garantizar que todos los miembros de los equipos deportivos escolares tengan un seguro por lesiones accidentales que cubra gastos médicos y hospitalarios. Este requisito de seguro puede ser cumplido por el distrito escolar que ofrezca seguros u otros beneficios de salud que cubran gastos médicos y hospitalarios. Algunos alumnos pueden optar a inscribirse en programas locales, estatales o federales sin coste o de bajo coste. La información sobre estos programas, que incluyen otros programas de seguro de salud locales, estatales o federales patrocinados sin coste o de bajo coste, puede obtenerse llamando al 1-800-722-3365 o a la Línea de Información de Familias Saludables y Programas Médicos al 1-800-880-5305.

PROTECCIÓN DE SEGURO

Los padres/tutores deben proporcionar prueba de seguro y completar y firmar la siguiente renuncia deportiva al seguro como prueba de otra cobertura, o adquirir un seguro de accidentes para estudiantes disponible por el Tulare Union High Antes de que el estudiante sea elegible para participar en eventos deportivos.

Opción A **Seguro Personal** - Por la presente declaro que mi alumno, _____, tiene un seguro médico por un importe de al menos 1.500 dólares administrado por _____ Insurance Co., Póliza # _____, que cubrirá los gastos médicos y hospitalarios derivados de lesiones corporales accidentales mientras se practica o participa en eventos deportivos. Por lo tanto, no quiero que mi alumno se suscriba a la membresía del programa de seguro disponible por el distrito escolar por lesiones corporales accidentales y por la presente exime a la Junta de Gobierno y a los responsables escolares del Distrito Escolar Tulare Union de cualquier responsabilidad para proporcionar el seguro requerido por la Sección 32220-32224 del Código de Educación de California. NOTIFICARÉ A LA ESCUELA CUALQUIER CAMBIO O FALLO EN LA COBERTURA MENCIONADA.

Se adjunta una copia del comprobante de seguro médico del estudiante.

Opción B **Deseo participar en el Plan de Accidentes Estudiantiles que ofrece el Distrito Escolar Tulare Union High School.** Un formulario de inscripción al seguro debe acompañar este formulario, o puedes obtener uno en línea en la web del proveedor de seguros para estudiantes.

1. Inicia sesión en www.peinsurance.com. En "Productos", haz clic en "Estudiantes" y luego haz clic en el enlace correspondiente para un folleto en inglés o español. **También puedes inscribirte en línea e imprimir un comprobante de tu cobertura (adjuntar a este documento)** O
2. Imprime el folleto, completo y llévalo a tu entrenador o director deportivo para que lo envíe a la compañía de seguros con tu pago.

Se adjunta una copia del comprobante de seguro del estudiante.

Firma del padre/tutor

Fecha _____

DECLARACIÓN DE ADVERTENCIA DEPORTIVA

Participar en deportes competitivos puede resultar en lesiones graves, incluyendo parálisis o muerte. Los jugadores pueden reducir el riesgo informando de todos los problemas físicos a sus entrenadores, siguiendo las instrucciones de los entrenadores sobre técnicas de juego, entrenamiento y otras normas del equipo, etc., y aceptando obedecer dichas instrucciones. Incluso si se cumplen todos estos requisitos, puede producirse un accidente grave.

PERMISO DE LOS PADRES

En consideración al permiso concedido, nosotros, los abajo firmantes, **LIBERAMOS**, **EXONERAMOS** y **MANTENEMOS EXENTOS** al Distrito Escolar Secundario Tulare Union de toda responsabilidad derivada o relacionada con el deporte/actividad deportiva identificada. La liberación y exención del Distrito Escolar Secundario Tulare Union de toda responsabilidad incluye cualquier defecto o presunta negligencia atribuida a la Tulare Union Distrito Escolar de Secundaria o cualquiera de sus entrenadores, agentes, instructores, profesores o cualquier asistente que supervise, dirija o instruya en el deporte/actividad deportiva. (_____) **(que debe ser inicialada por el estudiante y/o el padre o tutor)**

I, _____, siendo el padre/tutor legal de _____ (estudiante), he leído el comunicado anterior. Entiendo y acepto sus términos. Entiendo que todos los deportes pueden implicar **MUCHOS RIESGOS DE LESIONES** incluyendo, pero no limitándose a, los riesgos mencionados anteriormente.

En caso de accidente o enfermedad repentina, el distrito escolar tiene mi permiso para prestar cualquier tratamiento médico de emergencia que se considere necesario para el estudiante mencionado anteriormente.

Firmo este documento en mi propio nombre, así como en nombre de mi estudiante deportista.

Firma del padre/tutor

Fecha _____

PRUEBAS DE DROGAS PARA ESTUDIANTES DEPORTISTAS

PRUEBA "A"

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DROGAS PARA ESTUDIANTES DEPORTISTAS

Tengo entendido, tras haber leído la Política de Pruebas de Drogas del Distrito Escolar Conjunto Unión de Tulare, recogida en la Política de la Junta y Reglamento Administrativo 5131.61, que por preocupación por mi seguridad y salud, la Junta de Síndicos y el Distrito han establecido y hacen cumplir normas y consecuencias respecto al uso de drogas ilegales y sustancias controladas. Me doy cuenta de que las decisiones personales que tomo a diario respecto al consumo de drogas ilegales o sustancias controladas pueden afectar a mi salud y bienestar, suponer un peligro para quienes me rodean y reflejar negativamente en el programa deportivo del Distrito con el que estoy asociado. Si decido violar la política escolar respecto al uso de drogas ilegales o sustancias controladas, entiendo que estaré sujeto a las restricciones de mi participación según lo establecido en la política.

Autorizo al Distrito Escolar Conjunto Unión de Tulare a realizar una prueba en una muestra de orina que proporcione para detectar drogas ilegales y sustancias controladas, incluyendo pero no limitándose a aquellas drogas y sustancias controladas identificadas en la política y regulación del Distrito y/o establecidas a continuación. También autorizo el intercambio de información sobre los resultados de dicha prueba entre el Distrito Escolar Conjunto Unión de Tulare, mis padres y/o tutores, y la agencia contratada para pruebas de drogas, Recovery Resources.

Esto se considerará un consentimiento conforme a la Ley de Derecho a la Privacidad en la Educación Familiar (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R. Parte 99) y el Código de Educación (secciones 49076 y siguientes) para la divulgación de la información anterior a las partes mencionadas anteriormente.

Nombre del estudiante impreso

Firma del estudiante

Fecha

- 1) Acepto proporcionar con este formulario una copia escrita de la receta que está tomando mi hijo o una verificación escrita médica de la receta.
- 2) Acepto proporcionar con este formulario una verificación por escrito de un médico respecto a cualquier condición médica que impida a mi estudiante producir una muestra de orina en un plazo de sesenta (60) minutos.
- 3) Entiendo que no se aceptarán resultados de pruebas distintos a Redwood Testing Laboratories.

He leído y aceptado los términos de participación de mi hijo o hija anteriores.

Imprimir Nombre del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha

El servicio de pruebas incluirá pruebas para, pero no limitarse a, una o más de las siguientes drogas y/o sustancias controladas: metabolito de marihuana, metabolito de la cocaína, opiáceos, fenciclidina (PCP), anfetaminas, alcohol, benzodiacepinas, barbitúricos, propaxiheno (Darvocet), metadona, oxitocina, drogas de diseño y esteroides.

Los padres pueden revocar la autorización para que sus hijos sean evaluados, mediante notificación por escrito dirigida al Superintendente Auxiliar de la Oficina del Distrito, ubicada en 426 N. Blackstone St., Tulare, California 93274. La única consecuencia de dicha revocación es que el estudiante ya no podrá participar en las actividades deportivas del Distrito.

Este formulario debe archivar en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas ni organizaciones deportivas. El Formulario de Elegibilidad Médica es el único que debe presentarse a una escuela u organización deportiva.

Descargo de responsabilidad: Los atletas que tengan una evaluación física previa a la participación vigente (según las directrices estatales y locales) no deberían necesitar completar otro examen.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (Guía provisional) FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

RECORDATORIOS PARA EL MÉDICO

1. Preguntas adicionales sobre temas más delicados.

- ¿Te sientes estresado o bajo mucha presión?
- ¿Alguna vez te sientes triste, desesperanzado, deprimido o ansioso?
- ¿Te sientes seguro en tu casa o residencia?
- ¿Alguna vez has probado cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar, rapé o tabaco para mojar?
- Durante los últimos 30 días, ¿usó tabaco de mascar, rapé o tabaco para mojar?
- ¿Consumes alcohol o alguna otra droga?
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides anabólicos o ha utilizado algún otro suplemento para mejorar el rendimiento?
- ¿Alguna vez ha tomado algún suplemento para ayudarlo a ganar o perder peso o a mejorar su rendimiento?
- ¿Usas cinturón de seguridad, casco y preservativos?

2. Considere revisar las preguntas sobre síntomas cardiovasculares (P4-P13 del formulario de historial clínico).

EXAMEN		
Altura: _____	Peso: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulso: _____	Visión: R 20/ _____ L 20/ _____ Corregido: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
VACUNA PARA EL COVID-19		
Vacuna contra la COVID-19 recibida previamente: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Vacuna contra la COVID-19 administrada en esta visita: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Primera dosis <input type="checkbox"/> Segunda dosis <input type="checkbox"/> Tercera dosis <input type="checkbox"/> Fecha(s) de la dosis de refuerzo _____ HALLAZGOS ANORMALES		
MÉDICO	NORMAL	HALLAZGOS
Apariencia • Estigmas de Marfan (cifoescoliosis, paladar ojival, pectus excavatum, aracnodactilia, hiperlaxitud, miopía, prolapso de la válvula mitral [PVM] e insuficiencia aórtica)		
Ojos, oídos, nariz y garganta • Pupilas iguales • Oído		
• Ganglios linfáticos		
• Soplos (auscultación en bipedestación, auscultación en decúbito supino y ± maniobra de Valsalva)		
Pulmones		
Abdomen		
Piel • Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugestivas de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) o polilla del cuerpo		
Neurológico		
MUSCULOESQUELÉTICO	NORMAL	HALLAZGOS
Cuello		
Espalda		
Hombro y brazo		
Codo y antebrazo		
Muñeca, mano y dedos		
Cadera y muslo		
Rodilla		
Pierna y tobillo		
Pie y dedos		
Funcional • Prueba de sentadilla con ambas piernas, prueba de sentadilla con una sola pierna y prueba de caída desde cajón o escalón.		

• Considere la realización de un electrocardiograma (ECG), una ecocardiografía, la derivación a un cardiólogo por antecedentes cardíacos anormales o hallazgos en el examen, o una combinación de...
nación de aquellos.

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o a máquina): _____ Fecha: _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____, MD, DO, NP o PA

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elijá una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elijá una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis
 Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
(Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).			
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?			
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?			
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?			
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?			

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)			Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?				
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?				
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?				
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.				
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?				
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?				

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	No está seguro/a	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES		Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS		Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No	
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25. ¿Le preocupa su peso?			
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL	N/A	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricciones
- Medicamento elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento adicional de

- Medicamento elegible para ciertos deportes

- No es medicamento elegible a la espera de una evaluación adicional
- No es medicamento elegible para ningún deporte

Recomendaciones: _____

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la evaluación física previa a la participación. El atleta no tiene contraindicaciones clínicas aparentes para practicar y puede participar en los deportes como se describe en este formulario. Una copia de los resultados del examen físico está registrada en mi oficina y puede estar disponible para la escuela a solicitud de los padres. Si surgen condiciones después de que el atleta haya sido autorizado para participar, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y se expliquen completamente las posibles consecuencias al atleta (y a los padres o tutores).

Nombre del profesional de la salud (en letra de imprenta o mecanografiado): _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del profesional de la salud: _____, MD, DO, NP o PA

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA COMPARTIDA

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Información adicional: _____

Contactos de emergencia: _____

